

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

59

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pol-Florent ALEXANDRE

Né le 10 octobre 1910, à Osnes (Ardennes)

DE LA SPLÉNOMÉGALIE
DANS LA RUBÉOLE

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pol-Florent ALEXANDRE

Né le 10 octobre 1910, à Osnes (Ardennes)

DE LA SPLÉNOMÉGALIE
DANS LA RUBÉOLE

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCO.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLÉRY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT ¹ , agrégé ...	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin-chef des Services techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

Conseiller technique sanitaire du ministre de la Santé Publique

Membre du Conseil supérieur d'Hygiène Publique de France

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Témoignage de respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR H. CAMBESSÉDÈS

Ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous guider dans ce
travail et nous aider de ses conseils, notre
reconnaissance et nos sincères remercie-
ments.*

A M. LE MÉDECIN-COMMANDANT MILLET

Officier de la Légion d'honneur

*Dont la bienveillance a beaucoup facilité
nos recherches.*

*Hommage de notre vive gratitude et de
notre profond respect.*

A M. LE MÉDECIN-LIEUTENANT R. LEMAIRE

*Avec tous nos remerciements pour la
précieuse documentation qu'il nous donna.*

*Qu'il trouve ici un témoignage de notre
sincère reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE REIMS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL
DE REIMS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

DE LA SPLÉNOMÉGALIE DANS LA RUBÉOLE

Introduction.

Longtemps confondue avec les diverses maladies éruptives, la rubéole a été individualisée depuis le Congrès international de Londres en 1881.

Cependant si la maladie est aujourd'hui bien décrite, il semble que nombreux encore soient les cas de rubéole méconnus.

Au cours de l'année précédente nous avons eu l'occasion d'observer une épidémie de rubéole à l'hôpital militaire de Soissons.

En faisant l'examen complet des premiers malades que nous devions traiter, nous avons remarqué que la rate était modérément augmentée de volume.

Et, l'épidémie nous ayant fourni de jour en jour un nombre plus considérable de malades, nous nous sommes attachés à la recherche systématique de cette splénomégalie.

Nous avons recueilli les observations de vingt et un malades : ceux-ci présentèrent pour la plupart une hypertrophie de la rate décelée par la percussion, quelquefois même par la palpation.

Il nous a paru intéressant de colliger toutes ces observations en insistant sur cette splénomégalie qui fait l'objet de cette étude.

Ces considérations liminaires nous indiquent d'avance les principaux chapitres de cet ouvrage :

Après avoir recherché dans la littérature médicale les quelques auteurs qui ont signalé ce symptôme, nous rapporterons nos observations.

Ensuite, nous essayerons de montrer l'intérêt de cet élément dans le tableau clinique de la rubéole pour le diagnostic de cette affection avec les deux principales fièvres éruptives — scarlatine et rougeole — avec lesquelles elle est souvent confondue.

Historique.

Ayant eu l'attention attirée par cette augmentation de volume de la rate au cours de la rubéole, nous nous sommes efforcés de rechercher si l'on avait signalé ce phénomène antérieurement.

Et de fait nous avons trouvé deux auteurs qui remarquent un pareil accident, mais ils ne cherchent pas à interpréter ce signe nouveau ; cette seule particularité ne constitue pas le mobile de leur publication ; ils y voient une curiosité étiologique, sans plus, et n'essayent pas de l'approfondir.

Hildebrandt, en 1909, publie un article dans la *Münchener Medizinische Wochenschrift* (30 novembre) intitulé « Zur Diagnostik der Röteln ».

Cet auteur estime que la splénomégalie a souvent une signification importante pour le diagnostic de la rubéole. Citons cet auteur : « Dans les cas (de rubéole) que j'ai observés, la rate était toujours nettement hypertrophiée, les dimensions obtenues variaient entre 9×7 et 12×8 (chez des adultes).

« Précisément la présence simultanée et capitale d'une adénopathie généralisée et d'une splénomégalie modérée est souvent, pour le diagnostic différentiel

des exanthèmes aigus, un signe important en faveur de la rubéole. »

Glanzmann a eu l'occasion au cours d'une épidémie de rubéole d'observer 70 cas de cette maladie. Il a pu ainsi retrouver régulièrement le signe de Theodor : gonflement de la plupart des ganglions lymphatiques périphériques, une toux d'irritation pénible qui fait penser à une adénopathie trachéo-bronchique et une rate souvent augmentée de volume.

Dans un article paru dans la *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* (29 avril 1929), Glanzmann dit ceci :

« Dans plusieurs cas (de rubéole) je pus palper une tumeur splénique d'une consistance frappante ... »

Et il conclut :

« Dans la rubéole on trouve : dans un faible pourcentage une rate tuméfiée, dure et palpable, le plus souvent une hypertrophie splénique seulement décelée par la percussion. »

Ainsi, pour ces deux auteurs, la notion de splénomégalie au cours de la rubéole est acquise et nous allons à présent envisager les vingt et une observations que nous avons recueillies au cours d'une récente épidémie de rubéole.

Observations cliniques.

OBSERVATION I

Rubéole morbilliforme.

Le malade vient consulter parce qu'il s'aperçoit le matin qu'il est couvert de boutons.

Sans signe prémonitoire il présente une température peu élevée : $38^{\circ}5$, et une éruption qui consiste en macules roses de petites dimensions, arrondies, séparées par de larges intervalles de peau saine.

Cette éruption est apparue simultanément sur la face — principalement le front — sur la thorax et sur les membres inférieurs ; sur les membres supérieurs quelques éléments éruptifs seulement.

L'adénopathie cervicale est assez marquée, indolore. Pas de ganglions axillaires ni sus-épitrochléens, ni inguinaux. Nous notons quelques ganglions rétro-auriculaires et un ganglion situé au devant du tragus gauche.

Les conjonctives sont légèrement injectées et la gorge est modérément rouge.

Toux sèche, pas de signes pulmonaires. La rate est

nettement percutable sur quatre travers de doigts pendant quatre jours seulement.

Forme très bénigne. L'éruption disparaît au bout de 48 heures.

La température tombe le deuxième jour. La rate semble redevenue normale dès le 6^e jour, tandis que les adénopathies subsistent.

OBSERVATION II

Rubéole polymorphe apyrétique.

Eruption morbilliforme sur la face et les membres supérieurs ; éruption scarlatiniforme sur le thorax et les membres inférieurs et particulièrement marquée aux plis inguinaux. Elle est formée par des placards érythémateux mais doux au toucher et ne présentant pas le piqueté initial de la scarlatine.

Léger prurit.

Angine peu accusée.

Larmolement assez marqué.

Adénopathies très nettes : sur le bord du sterno-cléido mastoïdien certains ganglions semblent adhérer à la gaine de ce muscle. On trouve également des ganglions dans les régions sous-maxillaires et rétro-auriculaires. Un petit ganglion sus-épitrochléen gauche. Pas de ganglions inguinaux.

Rate percutable sur la ligne axillaire postérieure sur une hauteur de 8 centimètres pendant trois jours.

Le 6^e jour, l'aire de matité diminue de moitié.
Guérison dès le 3^e jour.

OBSERVATION III

Rubéole polymorphe.

Eruption discrète : quelques macules éparses sur la face et les membres inférieurs.

Erythème scarlatiniforme très léger sur les flancs, dans le dos et sur les régions antibrachiales antérieures.

Température 39°.

Le malade se plaint de dysphagie : la gorge est rouge et les yeux larmoyants.

Courbature assez marquée.

Adénopathies très accusées : gros ganglions cervicaux, sous-occipitaux, épitrochléens.

Quelques ganglions inguinaux des deux côtés. La rate donne à la percussion une matité sur une surface de la grandeur d'une paume de main. Le 3^e jour, matité légèrement diminuée.

La température ne tombe que le 4^e jour et la courbe présente l'aspect « en palissade ».

Forme bénigne qui guérit rapidement.

Au 6^e jour, la rate n'est plus percutable que sur 3 travers de doigt.

OBSERVATION IV

Rubéole polymorphe.

Eruption surtout scarlatiniforme.

Quelques macules à la racine des membres supérieurs et dans la région lombo-sacrée.

Polymicroadénopathie cervicale.

Température 38°8. Pas d'angine.

Rate non perceptible.

L'éruption disparaît au bout de 36 heures, la température tombe à la fin du 2^e jour.

OBSERVATION V

Rubéole polymorphe.

Malade venant consulter pour une glande qui se trouve au regard de l'articulation temporo-maxillaire droite. Nous constatons un ganglion dur, non douloureux. Pas d'excoriation cutanée, pas de température.

Légère céphalée.

Les ganglions cervicaux sont légèrement augmentés de volume.

L'épidémie régnante nous fait penser à la possibilité d'une rubéole.

Le malade est hospitalisé, isolé, et le soir même présente une éruption rubéolique mi-morbilliforme, mi-scarlatiniforme.

Température à 38°8.

Rate percutable semblant normale.

Au 6^e jour, légère desquamation furfuracée.

OBSERVATION VI

Rubéole morbilliforme.

Eruption typique.

Malaise général : le malade se sent fatigué.

Température 38°4, pas d'angine.

Adénopathie sous-maxillaire et sous-occipitale.

La rate est percutable sur une surface elliptique à grand axe mesurant 8 centimètres.

L'état général redevient normal très rapidement.

Le 8^e jour la matité splénique a beaucoup diminué.

OBSERVATION VII

Rubéole morbilliforme apyrétique.

Quelques boutons sur la face de l'abdomen et les cuisses.

Légère adénopathie cervicale et inguinale.

Pas d'angine ni de larmolement.

Pas de température.

Rate normale.

Rubéole extrêmement bénigne.

OBSERVATION VIII

Rubéole morbilliforme.

Eruption discrète.

Coryza, toux, éternuements fréquents.

Température à 38°.

Rate percevable sur une hauteur de 9 centimètres pendant trois jours.

Adénopathie sous-maxillaire. Quelques ganglions difficilement palpables le long du sterno-cléido-mastoïdien.

La température tombe le soir même,

Le lendemain guérison. Le 4^e jour : diminution de la matité.

Le 7^e jour la matité est considérablement réduite.

OBSERVATION IX

Rubéole polymorphe.

Eruption scarlatiniforme aux membres inférieurs, sur l'abdomen et dans la région lombo-sacrée.

Quelques macules aux membres supérieurs, sur épaules et au front.

Température 38°9.

Adénopathies multiples : cervicales, axillaires, inguinales.

La rate paraît normale.

Guérison au bout de trois jours.

OBSERVATION X

Rubéole polymorphe.

Placards érythémateux scarlatiniformes siégeant aux plis de flexion : aine, coude, creux poplité.

Eruption morbilliforme à la face et aux cuisses.

Température légère.

Ganglions cervicaux.

Rate percevable sur une hauteur de 7 centimètres.

Cette matité diminue de moitié à partir du 4^e jour.

OBSERVATION XI

Rubéole morbilliforme.

Exanthème composé de petites macules ovalaires disséminées sur tout le corps.

Exanthème assez marqué : rougeur du pharynx et de la muqueuse jugale.

Légère conjonctivite.

Ganglions cervicaux et inguinaux très tuméfiés.

Rate percevable.

OBSERVATION XII

Rubéole polymorphe apyrétique.

Éléments éruptifs présentant les deux types classiques.

Pas de fièvre.
Pas de ganglions appréciables.
Rate normale.

OBSERVATION XIII

Rubéole polymorphe.

Eruption discrète. Placards scarlatiniformes sur les flancs et sur les cuisses.

Quelques éléments morbillueux sur le thorax, sur les épaules et sur les joues.

Température 38°.

Angine légère.

Adénopathies cervicales sous-maxillaires et axillaires.

Rate augmentée de volume : la percussion dessine une matité s'étendant sur plus de trois travers de doigt.

OBSERVATION XIV

Rubéole polymorphe.

Eruption revêtant le type le plus habituel de la rubéole, est caractérisée par le dimorphisme de ses éléments : morbillueux dans les régions supérieures : thorax, cou, face, et scarlatiniformes sur les membres et aux plis de flexion.

Température à 38°.

Les yeux sont larmoyants.

Légère stomatite érythémateuse.

La percussion de la rate ne nous donne aucun renseignement.

Adénopathies bilatérales légères, mais siégeant en plusieurs endroits : régions cervicale, sous-occipitale, sous-maxillaire et axillaire.

La défervescence est rapide et s'effectue en deux jours.

OBSERVATION XV

*Rubéole morbilliforme apyrétique
sans réaction ganglionnaire.*

Exanthème du type morbillieux apparu en même temps qu'une rougeur diffuse de la muqueuse buccale.

Pas de température.

La rate n'est pas percutable.

OBSERVATION XVI

Rubéole polymorphe avec splénomégalie moyenne.

Malade se sentant courbaturé.

Léger coryza.

Eruption morbilliforme à la face seulement ; placards scarlatiniformes sur les membres et l'abdomen.

Température 39°.

Adénopathie modérée. Pas d'angine.

Hypertrophie de la rate décelée par une matité sur

un travers de main. On perçoit aisément à la palpation le pôle inférieur qui dépasse légèrement le rebord des fausses côtes à chaque inspiration.

Le deuxième jour la température est à 38° et à la fin du 3^e jour elle tombe complètement.

La rate semble avoir repris ses dimensions normales le septième jour.

OBSERVATION XVII

Rubéole polymorphe avec splénomégalie moyenne.

Macules petites, disséminées, ovales, rosées sur le thorax et les membres supérieurs.

Erythème scarlatiniforme assez intense sur les cuisses et les flancs. Malade habituellement bien portant.

Température 38°.

Pas d'énanthème.

Adénopathie moyenne.

La rate est grosse, palpable, Le troisième jour nous décidons d'en faire le contrôle radioscopique : la rate donne une ombre triangulaire à contour assez net et nous prenons un calque sur l'écran.

Le septième jour : nouvel examen radioscopique : la comparaison des calques nous montre une diminution notable du volume de l'organe qui est encore palpable à ce moment.

OBSERVATION XVIII

Rubéole morbilliforme.

Température 38°5.

Catarrhe oculaire assez marqué.

Adénopathie importante surtout à la région cervicale. On note un ganglion épitrochléen à droite.

La rate est percutable sur quatre travers de doigts.

Le lendemain la radio nous montre une rate augmentée de volume d'une façon indiscutable puisque le septième jour nous observons par la comparaison des deux calques une grosse diminution des dimensions.

OBSERVATION XIX

Rubéole polymorphe.

Eruption typique avec légère température à 38° durant deux jours.

Adénopathie discrète.

La matité de la rate est franche sur l'aire d'une petite paume. Contrôle radioscopique.

Un examen de radio nous donne une ombre plus réduite le huitième jour.

OBSERVATION XX

Rubéole polymorphe apyrétique.

Adénopathie très nette. Gros ganglions cervicaux.

La rate est percevable sur deux travers de doigt.

Le 2^e jour, radioscopie : rate à peine visible, limites imprécises.

Le 6^e jour, même aspect, volume peu ou pas modifié.

OBSERVATION XXI

Rubéole polymorphe.

Eruption présentant les deux types habituels.

Lassitude légère. Température 37°9.

Coryza, conjonctivite.

Adénopathie cervicale et sous-maxillaire.

Enanthème buccal.

La percussion de la rate donne une matité sur 7 cm.

Un examen radioscopique est pratiqué le 2^e jour : contour assez net, puis, le 6^e jour : les dimensions de la rate sont un peu réduites.

* * *

Tel a été le tableau clinique le plus fréquent ; résumons-le :

Présence d'une angine légère au début de la mala-

die, catarrhe oculo-nasal peu marqué, adénopathie cervicale, rate souvent augmentée de volume dès les premiers jours, température ne durant qu'un jour ou deux, éruption polymorphe sans prodromes, caractérisée par des macules roses de petites dimensions, ovales, légèrement surélevées, séparées par de larges intervalles de peau saine et caractérisée aussi en même temps par des placards scarlatiniformes aux régions inférieures et aux plis de flexion.

Le diagnostic peut rester hésitant lorsque l'éruption ne comporte que des éléments d'un même type.

Ce n'est pas la rougeole dont l'éruption débute derrière les oreilles après quatre jours de phénomènes prodromiques très marqués.

En outre, cette affection présente très souvent des complications pulmonaires.

« L'absence et le peu d'intensité des prodromes et du catarrhe oculo-nasal, la brusquerie du début, l'apparition rapide et l'extension précoce de l'éruption, les caractères de celle-ci, le peu de gravité des phénomènes généraux, les adénopathies, la notion épidémiologique permettent de différencier la rubéole de la rougeole. » (Nobécourt.)

Ce n'est pas la scarlatine qui débute par une angine très rouge avant les accidents éruptifs et se continue par une élévation de température souvent considérable accompagnée d'une éruption caractéristique (éléments confluents, rugueux au toucher) à laquelle succèdent un dépouillement de la langue et une desquamation généralisée.

L'hypertrophie des ganglions est sans doute un symptôme commun à ces trois maladies éruptives mais il est sûrement plus fidèle à la rubéole à tel point que certains auteurs en ont fait un signe pathognomonique de cette affection.

En pratique, il peut être difficile, en ce qui concerne l'interprétation des adénopathies, d'apprécier ce qui revient exactement à la rubéole ou aux états pathologiques antérieurs.

Avec Teissier il faut noter que chez les rubéolés ou chez les rougeoleux adultes ou enfants :

- a) La tuméfaction ganglionnaire se manifeste de façon plus précise, et plus durable chez tout sujet porteur d'adénopathies préexistantes ;
- b) La tuméfaction est plus modérée quand les ganglions étaient de volume normal préalablement à la rubéole ;
- c) Chez les enfants elle est plus persistante que chez l'adulte, toutes choses étant égales d'ailleurs ;
- d) Les adénopathies de la rubéole sont plus habituelles, plus volumineuses que celles de la rougeole.

Bref, la polyadénopathie est la règle dans la rubéole surtout chez les enfants dont le système lymphatique réagit plus facilement. Chez les adultes ce signe peut manquer. Nous ne l'avons pas trouvé d'une façon constante. On voit ainsi combien, en l'absence de ce signe capital, le diagnostic peut être

difficile. Koplick lui-même le reconnaît « Beaucoup de cas de rubéole, dans une récente série de faits observés à New-York, dans ma pratique hospitalière et privée ont ressemblé de si près à la rougeole que beaucoup de praticiens les étudiant avec moi, en ont d'abord fait de véritables rougeoles. Nous nous sommes donnés beaucoup de peine pour étudier ces cas et j'ai trouvé que c'étaient de classiques rubéoles ».

L'examen de la rate a été l'objet de nos soins les plus attentifs et dans les vingt et une observations que nous rapportons, nous relevons 12 cas où la rate était manifestement hypertrophiée.

Dans ces 12 cas, nous distinguons deux groupes :

a) le premier groupe comporte 10 cas, observations I, II, III, VI, VIII, X, XIII, XVIII, XIX, et XXI : la rate présente une splénomégalie légère. Elle ne dépasse pas le rebord costal mais la percussion permet de délimiter entre le tympanisme de l'espace de Traube et la sonorité du poumon une aire de matité dont le grand axe mesure de sept à dix centimètres.

b) Le deuxième groupe comprend 2 cas (obs. XVI et XVII) dans lesquels nous trouvons une rate palpable : il s'agit d'une splénomégalie moyenne : aire de matité plus grande, le pôle inférieur de l'organe déborde les fausses côtes et devient accessible à la palpation.

Evolution.

La percussion qui était pratiquée le premier jour de la maladie ne nous aurait donné qu'un renseignement de faible valeur si nous n'avions pas exploré la rate, chaque jour, pendant le décours de cette affection.

Or, dans chaque cas où la rate semblait avoir franchi ses limites normales, l'aire de matité était soigneusement délimitée sur la peau par un tracé au crayon dermographique ; nous avons constaté que l'hypertrophie splénique restait stationnaire pendant les trois ou quatre premiers jours et qu'elle décroissait ensuite régulièrement.

Il s'agissait bien chez ces adultes, tous habituellement bien portants, d'une splénomégalie modérée et transitoire.

La radioscopie à laquelle nous avons eu recours, tardivement peut-être, n'a été pratiquée que sur les cinq derniers malades.

Elle n'a fait que confirmer ce que l'examen clinique nous avait apporté et elle nous a permis de suivre d'une façon plus saisissante la régression de la fluxion splénique au cours de la convalescence.

Lorsque nous étions en présence de splénomégalie, la rate présentait un contour plus net qu'à l'état normal et une ombre manifestement agrandie : nous prenions un alors calque sur l'écran.

Ces examens répétés à quelques jours d'intervalle nous ont permis de conclure d'une façon indiscutable — par la comparaison des calques — à une hypertrophie splénique dès le début de la rubéole.

En effet à partir du quatrième jour les calques montraient un contour de la rate de plus en plus réduit.

En résumé, dans cette épidémie de rubéole près de la moitié des malades présentaient une splénomégalie légère et quelques-uns seulement une splénomégalie moyenne.

Nous n'avons observé ce phénomène qu'au début de la maladie où il est à son maximum ; la rate diminue de volume dès le troisième jour environ pour devenir normale vers le sixième ou huitième jour.

Intérêt diagnostique.

Certes, l'augmentation du volume de la rate a été observée aussi dans les autres maladies infectieuses pour lesquelles un diagnostic de rubéole est quelquefois envisagé : la rougeole et la scarlatine.

Cependant la splénomégalie dans ces deux maladies ne se voit jamais à la période éruptive mais quelquefois seulement tardivement et plus souvent dans les formes sévères et compliquées.

La recherche de ce symptôme a été pour nous d'un secours appréciable lorsque, en présence d'une éruption uniquement scarlatiniforme, notre diagnostic restait hésitant.

L'intérêt d'établir une discrimination précise entre scarlatine, rougeole et rubéole dès l'apparition des phénomènes éruptifs est alors capital puisqu'il est important de savoir à quels risques de contagie le malade expose son entourage.

En outre, le diagnostic différentiel entre rougeole et rubéole offre un intérêt nouveau depuis la pratique de la sérothérapie antimorbilleuse, pour savoir si l'on prélèvera ou non du sérum de convalescent, la

rubéole étant surtout contagieuse à la période post-éruptive (Aviragnet et Apert).

Or, un rubéoleux mis au contact par erreur avec les rougeoleux contracte s'il ne l'a eue déjà, une rougeole qui risque d'être grave, alors que en pareil cas une injection de sérum de convalescent de rougeole permettrait d'éviter l'infection morbilleuse ou d'en atténuer l'intensité.

D'autre part, si un rubéoleux est hospitalisé par erreur dans un service de rougeoleux, on pourra être tenté de prélever au moment de la convalescence un sérum qui restera inefficace lorsqu'on l'injectera ultérieurement à un autre sujet qu'on voudrait préserver de la rougeole.

Considérations pathogéniques.

Sans doute, la splénomégalie se voit dans un grand nombre d'infections — la plupart sévères — et nous n'entreprendrons pas de les énumérer ici, cependant le fait de l'observer dans une affection aussi bénigne que la rubéole n'est point, à notre avis, surprenant.

En effet, la formule sanguine est caractéristique et montre une augmentation du nombre des mononucléaires.

Lesieur et Jacquet qui ont pratiqué un grand nombre d'examens de sang dans la rubéole concluent :

« Parmi ces éléments (mononucléaires) existent toujours en nombre appréciable des formes jeunes de mononucléaires caractérisées par un protoplasma foncé nettement basophile entourant un gros noyau pâle, arrondi, suivant le type des leucocytes incomplètement élaborés ; ces éléments attestent, à notre avis, l'existence d'une hyperactivité leucogénétique du tissu lymphoïde ; il s'agirait bien dans ces cas d'une mononucléose vraie par hypergenèse et non d'une mononucléose fictive par chute momentanée du taux des polynucléaires. »

Or on sait que le taux de la monocytose sanguine est directement sous la dépendance du système réticulo-endothélial.

« Divers constituants du système réticulo-endothélial peuvent donner naissance aux monocytes du sang : on admet le plus généralement que le rôle le plus important à ce point de vue est dévolu à l'endothélium réticulaire des sinus lymphatiques des ganglions ou des sinus veineux de la rate. » (Verne.)

Ces données histophysiologiques nous montrent l'étroitesse des liens qui unissent les ganglions lymphatiques et la rate, puisqu'une même fonction leucopoïétique leur appartient.

Au point de vue pathologique, l'action des éléments réticulo-endothéliaux dans les infections est liée, d'une part à leur pouvoir phagocytaire, d'autre part à la formation par eux d'anticorps.

« Toute infection est accompagnée d'une prolifération locale ou générale des éléments endothéliaux. » (Verne.)

L'exposé de ces faits ne peut que nous persuader que, dans une infection générale comme la rubéole où la tuméfaction ganglionnaire est un symptôme si dominant, l'action nocive de la toxine rubéolique provoque dans la rate une hyperplasie passagère du tissu réticulaire qui est très probablement la cause de la splénomégalie que nous avons constatée.

Conclusions.

I. — La splénomégalie est un symptôme que l'on observe assez souvent au cours de la rubéole et par conséquent on doit la rechercher systématiquement.

II. — Elle est modérée, mais manifeste.

III. — Elle est transitoire : on ne l'observe que dans la première semaine de l'affection.

IV. — Elle est un élément diagnostique important au début, à la période éruptive, et permet d'éliminer d'emblée scarlatine et rougeole, affections qui peuvent aussi présenter une hypertrophie de la rate, mais beaucoup plus tardivement et surtout dans leurs formes compliquées.

V. — La coïncidence de la polyadénopathie et de la splénomégalie nous montre l'action élective du virus rubéoleux sur les formations lymphoïdes de l'organisme.

Vu : le Président de la thèse,
L. TANON.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGLADA. — Etude leucocytaire de 24 cas de rubéole.
Montpellier médical, 1911, XXXIII, p. 351-357.
- APERT. — Précis des maladies des enfants.
- APERT et AVIRAGNET. — Une épidémie de rubéole à l'hôpital Saint-Louis. *Bull. soc. de Pédiâtrie*, févr. 1906
- Deux épidémies de rubéole. *Bull. soc. de Pédiâtrie*, févr. 1906.
- BABONNEIX. — Encéphalites aiguës rubéoliques. *Gazette des Hôpitaux*, n° 98, 9 déc. 1933.
- BAUER. — Zwei bewerkenswerte Falle von Rubéole. *Méd. Welt*, 6 : 301, 27 févr. 1932.
- BENARD. — Les complications nerveuses de la rubéole. *Bull. et Mémoires de la Soc. médicale des Hôpitaux de Paris*, 1921, 3 s XLV, 1443-1448.
- BERTHUIT. — Thèse de Montpellier, 1921.
- BIEHLER (M. et W. DE). — Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses. *Arch. de méd. des enf.*, août 1909, p. 56.
- BRELET. — Diagnostic des fièvres éruptives. *Gazette des Hôpitaux*, 1923, n°s 90 et 92.
- BUTLER. — Epidémie de rubéole. *Hygiea*, XCI, 1929, p. 239.

CAIGER. — The fourth disease. *Brit. med. Journal*, 1901.

CAMECASSE. — Difficulté du diagnostic différentiel de la rubéole et de la scarlatine. *La Médecine pratique*, 20 novembre 1933.

CANCIULESCO et VASILIU. — Une épidémie de rubéole à Craiova. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Bucarest*, 23 janv. 1924, pp. 15-16.

CARRIEU, LAMY et BOUCHET. — La rubéole n'est pas toujours une maladie bénigne. *Presse médicale*, n° 18, 3 mars 1928.

CARRIEU et ROUME. — A propos d'une épidémie de rubéole s'accompagnant de quelques cas de rougeole et scarlatine. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier*, 25 févr. 1921.

COMBY. — Communication sur la rubéole. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 18 avril et 16 mai 1905.

— La rubéole chez les enfants. *Arch. de Méd. de enf.* Paris, 1915, XVIII, pp. 223-329.

COMTE. — La rubéole et la rougeole distinguées par leurs caractères épidémiologiques. *Arch. de Méd. et de Pharm. militaires*. Paris, 1907.

DEBRÉ et PAPP. — Sur la cuti-réaction tuberculinique au cours de la rougeole et de la rubéole. *C. R. Soc. de Biologie*, XCV, pp. 29-33.

DEBRÉ, TURQUETY et BROCA. — L'encéphalite de la rubéole. *Presse médicale*, n° 21, 12 mars 1930.

DELINOTTE. — Note au sujet de trois observations médicales : zona, varicelle, rubéole. *Ann. Méd. et Pharm.*, col. XXVI, p. 244, 1930.

DURIGH. — Zur geschichte der Röteln. *Arch. f. Kinderh.*
91 : 57-69, 25 juillet 1930.

DONNEL. — Thèse de Paris, 1906.

DUCAMP, CARRIEU et ROUME. — Mort subite au cours
d'une rubéole. *Montpellier médical*, XLIII,
pp. 447-449, 1927.

DUKES. — On the confusion of two different diseases
under the name of rubella. *Lancet*, 1900,
pp. 89, 114, 289, 1384.

DUREAU. — Thèse de Paris, 1906.

ENGEL. — Ueber besondere Exantheme und Erytheme
im Kindersalter. *Deutsche med. Wochenschrift*,
LXXIV, p. 283, 18 févr. 1927.

FINKELSTEIN et STOJANOWSKAJA. — Drüsenschwellungen
und Röteldiagnose. *Arch. f. Kinderh.*, XC.,
p. 181, 24 mai 1930.

GERNEZ (CH.). — Un cas d'encéphalite de la rubéole.
Soc. méd. du Nord, séance de mars 1933 in :
Le Nord médical, n° 807, 1^{er} octobre 1933,
p. 826.

GLAUZMANN. — Röteln und Drüsenfieber (*Benigne Lym-
phoblastosen* (*Schweiz. med. Wochenschr.*,
LIX, p. 445, 27 avril 1929.

GRIFFITH. — Rubella and the fourth disease. *Phila-
delphia med. Journ.*, IX, p. 659-661, 1902.

HALLÉ. — La rubéole (in *Traité de Path. int.* Sergent-
Ribadeau-Dumas-Babonneix, XVI.

HAMBURGER et SCHEY. — Ueber systematische lympho-
drüsen-schwellung bei Roteln. *Munch. med.*
Wochenschrift, 1909, p. 2309.

HAMEL. — Thèse de Paris, 1922.

- HASSELMANN-KAHLERT. — Zur epidemiologie der Röteln. *Monatschrift. f. Vinderh.*, XXXIV, p. 35-44, 1926.
- HILDEBRANDT. — Zur diagnostik der Röteln. *Münch. med. Wochenschr.*, 30 nov. 1909, p. 2485.
- JOFFRION. — Thèse de Paris, 1924.
- LAGRIFFOUL. — La formule leucocytaire de la rougeole et de la rubéole. *Arch. de Méd. expér. et d'Anat. path.* Paris, 1906.
- LEITNER. — Ueber eine schwere Rubeola-Epidemie. *Jahrbuch f. Kinderh.*, CXIV, p. 209-215, 1926.
- LESIEUR et JACQUET. — De quelques faits concernant la rubéole : réactions sanguine et ganglionnaire. *Presse médicale*, 29 mai 1919, p. 292.
- LIND. — Thèse de Paris, 1931.
- LINDBERG. — Beitrage zur Nosologie der Rubeola. *Acta Paediatrica*, vol. IV, fasc. I, 1924.
- MARFAN. — Clinique des maladies de la première enfance.
- MILLON. — Diagnostic de la rubéole. *Rev. intern. de Méd. et de Chir.* Paris, 1905.
- MORQUIO. — Rubeola, consideraciones generales y estudio de la epidemia. *Rev. med. del Uruguay*, 1915.
- NECHKOVITCH. — Thèse de Paris, 1924.
- NOBÉCOURT. — Précis de Médecine infantile.
- NOBÉCOURT et RICHET (Ch. fils). — Endémio-épidémiologie de la rubéole aux armées. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 12 avril 1918, pp. 339-342.
- PÉCHÈRE. — Rougeole et rubéole. *Policlin. Bruxelles*, XIX, pp. 55-58, 1910.

- PIERRET et LE MARC'HADOUR. — Un cas mortel de méningo-encéphalite rubéolique. *Société de Médecine du Nord*, juillet 1931.
- PLATENGA. — La leucocytose de la rougeole et de la rubéole. *Arch. des Mal. des enfants*, 1903.
- POTTER. — Severe forms of rubella. *British. M. J.*, p. 1084, 27 déc. 1930.
- RENAULT. — Rubéole in *Traité d'Hygiène Brouardel-Chantemesse Mosny*.
- RIETSCHER. — Gibt-es eine vierte, fünfte sechste Krankheit ? *Med. Klinik.*, 1930, p. 500.
- SCHAEFFER (B.). — Thèse de Paris, 1932.
- SCHMID. — Ueber Röteln und Erythemepidemie. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 23 nov. 1899, n° 47, pp. 1169-1173.
- SEVESTRE. — Quelques remarques sur la rubéole et la scarlatine. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 16 mai 1905.
- STOLTE. — Ein neues symptom der Röteln. *Monatschr. f. Kinderh.*, XLV, p. 206-207, 1929.
- TEISSIER, WIDAL, ROGER. — Nouveau Traité de Médecine, 1922.
- TOBEITZ. — Differentialdiagnose der akuten Exantheme. *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1928, p. 1092.
- VARIOT. — Petite épidémie de rubéole au pavillon de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades. *Bull. Soc. de Pédiatrie*, 18 avril 1905.
- WARRACK. — The differential diagnosis of scarlet fever, measles and rubella. *Brit. med. Journ.*, n° 3018, p. 486-488, 2 nov. 1918.
- WEISS. — Kasuistischer Beitrag zur Infectiosität der ru-

beola *Med. Klin*, XXIV, p. 1086-1087, 17 juil. 1928.

ZADIK. — Rubeola gravis *Deutsche med. Wochenschr.*, LIII, p. 412, 4 mars 1927.

ZAPPERT. — Bemerkungen über die derzeitige Röteln-epidemie in Wien. *Wien. med. Wochenschr.*, 82, 1163-1165, 10 sept. 1932.



